

Nombre del paciente:			
	Pasado	Primera	Medio
Domicilio:			
Fecha de nacimiento			
Teléfono de la casa:			
Fecha de nacimiento:	SSN:		
Especificar la información a ser divulgada:			
<input type="checkbox"/> historia y física <input type="checkbox"/> consulta <input type="checkbox"/> informe operativo <input type="checkbox"/> Resumen de descarga <input type="checkbox"/> informe de la patología <input type="checkbox"/> laboratorio informes <input type="checkbox"/> informes de radiología <input type="checkbox"/> electrocardiograma informes <input type="checkbox"/> copia de historia clínica electrónica. (vía correo electrónico o grabar en un CD) <input type="checkbox"/> Solicitar que la información no cifrada. (Él empleado para explicar el riesgo involucrado con esto) <input type="checkbox"/> otros (indíquelos): _____			
Mediante la aplicación de un control a una categoría de información altamente confidencial se enumeran a continuación y firmar en la línea correspondiente después de la casilla marcada, autoriza expresamente a la utilización o divulgación del tipo de información altamente confidencial indicado al lado de mi firma, si dicha información será usada o divulgada en conformidad con esta autorización:			
<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental _____ <input type="checkbox"/> abuso de Alcohol o drogas _____ <input type="checkbox"/> desarrollo discapacidad _____ <input type="checkbox"/> notas de psicoterapia _____ <input type="checkbox"/> pruebas de VIH/SIDA o tratamiento (independientemente del resultado) _____ <input type="checkbox"/> las enfermedades venéreas _____ <input type="checkbox"/> abuso de un adulto con una discapacidad _____ <input type="checkbox"/> Agresión Sexual _____ <input type="checkbox"/> abuso infantil o negligencia _____ <input type="checkbox"/> pruebas genéticas _____ <input type="checkbox"/> otros _____			
DESTINATARIO: nombre de persona o clase de personas a quienes el Frye Regional Medical Center puede revelar mi información de salud:			
Dirección: dirección del destinatario o donde se debe enviar mi información de salud:			
TÉRMINO: esta autorización permanecerá en vigor:			
<input type="checkbox"/> de la fecha de esta autorización hasta el día _____ de _____, 20 _____. <input type="checkbox"/> entidad cubierto hasta que satisfice esta solicitud. <input type="checkbox"/> hasta que ocurra el evento _____ <input type="checkbox"/> otros _____			
PROPÓSITO: autorizo a Frye Regional Medical Center para usar o divulgar mi información médica (incluyendo el altamente confidencial seleccionado anteriormente, si cualquier) durante la vigencia de esta autorización para los siguientes fines específicos: Nota: "a petición del paciente" es suficiente si el paciente está iniciando esta autorización: _____ _____ _____			

Frye Regional Medical Center
**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

PÁGINA 1 DE 2

FMC 3-6647SPA

7/2021

ROI



Entiendo que una vez que Frye Regional Medical Center revela información sobre mi salud al destinatario, Frye Regional Medical Center no puede garantizar que el destinatario no redisclose mi información de salud a terceros. El tercero no puede ser obligado a acatar esta autorización o leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que Frye Regional Medical Center, directa o indirectamente reciban remuneración de terceros en relación con el uso o la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que puede negarse a firmar o podrá revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier razón y que tal denegación o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Frye Regional Medical Center; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Frye Regional Medical Center es el único propósito de crear información de salud para la divulgación al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso Frye Regional Medical Center puede negarse a tratarme si no firmo esta autorización. Si mi tratamiento es relacionados con mi participación en un estudio de investigación, entiendo que Frye Regional Medical Center puede negarse a tratarme si no firmo esta autorización. Entiendo sería permitido para designar una fecha de caducidad/evento de 'none'.

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que expire el mandato de esta autorización o proporcione una notificación escrita de revocación a Director de gestión de información de Frye Regional Medical Center salud en 420 norte centro de la calle Hickory, Carolina del norte 28601. La revocación será efectiva inmediatamente después de recibirse de Frye Regional Medical Center de mi escrito, excepto que la revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier acción tomada por Frye Regional Medical Center al amparo de esta autorización, antes de él recibió mi notificación escrita de revocación.

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud. Por mi firma abajo, por la presente, a sabiendas y voluntariamente, autorizo a Frye Regional Medical Center para usar o divulgar información sobre mi salud en la forma descrita anteriormente.

Firma del paciente

fecha / tiempo

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta autorización, obtener las siguientes firmas:

Firma del Representante Personal

Descripción de la autoridad

fecha / tiempo

Para uso interno solamente: se ha validado la identidad del solicitante o bien con un Gobierno emitido identificación con foto, como licencia de conducir o pasaporte o comparación de firmas documentado en los registros PHI. Si el paciente ha solicitado que la información electrónica no cifrada hemos explicado los riesgos que conlleva con ello.

Firma de validación de identidad del empleado

fecha / tiempo

Frye Regional Medical Center
AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
PÁGINA 2 DE 2

FMC 3-6647SPA

7/2021

ROI

